

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG BỆNH VỔNG MẠC TRẺ ĐẸ NON GIAI ĐOẠN IV-V ĐẾN KHÁM TẠI BỆNH VIỆN MẮT TRUNG ƯƠNG

Trần Thu Hà*; Đỗ Như Hơn*; Vũ Thị Bích Thủy*

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu đánh giá đặc điểm lâm sàng bệnh võng mạc (VM) trẻ đẻ non giai đoạn IV, V đến khám tại Bệnh viện Mắt TW từ tháng 3 - 2011 đến 10 - 2012.

Kết quả: 20 trẻ (40 mắt) thuộc diện nghiên cứu, trong đó, 5 trẻ (25%) đã điều trị avastin. 85% trẻ đến khám là do gia đình phát hiện có bất thường ở mắt và 15% theo hẹn. 35% dịch kính đục và 42,5% tổ chức hóa dịch kính. 27,5% mắt ở giai đoạn IVb và 72,5% giai đoạn V. 65% mắt có tổn thương khác kèm theo như rung giật nhãn cầu (10%), nhãn cầu nhỏ (40%), đục giác mạc (7,5%), tiền phòng nông (27,5%), 15% đồng tử giãn kém và 27,5% đục thể thủy tinh. 2 trẻ (5%) có bệnh toàn thân phối hợp.

* Từ khoá: Bệnh võng mạc trẻ đẻ non; Đặc điểm lâm sàng.

CLINICAL FEATURES OF RETINOPATHY OF PREMATURITY STAGE IV, V AT NATIONAL INSTITUTE OF OPHTHALMOLOGY

SUMMARY

The aims of this study was to evaluate the clinical characteristics of retinopathy of prematurity (ROP) stage IV, V patients at National Institute of Ophthalmology from 3 - 2011 to 10 - 2012.

Results: 5/20 patients had been treated by avastin. 85% discovered by their families. 100% of ROP patients were in stage IV, V in both eyes, consist of 27.5% in stage IVb and 72.5% stage V. 77.5% vitreous opacity. 65% of eyes combined with other disorders such as 2.5% strabismus, 10% nystagmus, 40% microphthalmos, 7.5% corneal opacity, 27.5% shallow anterior chamber, 15% weak dilated pupil and 27.5% cataract. 2 patients combined with general disorders.

* *Key words: Retinopathy of prematurity; Clinical features.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh VM trẻ đẻ non là tình trạng bệnh lý của mắt do sự phát triển bất thường của mạch máu VM. Khám, sàng lọc và điều trị kịp thời mang lại kết quả rất khả quan cho nhóm đối tượng này. Tuy nhiên, có một tỷ lệ không nhỏ mắt vẫn tiến triển sang giai đoạn IV, V. Theo Tsitis [5], 19,4% bệnh VM trẻ đẻ non tiến triển đến giai đoạn IV, V. Các nghiên cứu khác trong nước cũng

nhận định tỷ lệ này có thể lên tới 23% [2, 3]. Ở giai đoạn này, bệnh có những đặc điểm lâm sàng riêng biệt. Vì vậy, cần có nghiên cứu để đưa ra khuyến cáo cho quá trình khám, theo dõi và điều trị. Chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu: *Đánh giá đặc điểm lâm sàng bệnh VM trẻ đẻ non đến khám tại Bệnh viện Mắt TW trong 18 tháng.*

* Bệnh viện Mắt Trung ương

Chịu trách nhiệm nội dung khoa học: PGS. TS. Nguyễn Văn Đàm

**ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP
NGHIÊN CỨU**

1. Đối tượng nghiên cứu.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn:* tất cả trẻ bị bệnh VM trẻ đẻ non giai đoạn IV, V đến khám tại Bệnh viện Mắt TW tháng 3 - 2011 đến 10 - 2012.

* *Tiêu chuẩn loại trừ:* gia đình trẻ không chấp nhận tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu.

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu.

BN được hỏi bệnh sử, tiền sử. Khám toàn thân và mắt (giác mạc, tiền phòng, đồng tử, mống mắt, thể thủy tinh, dịch kính, VM), chẩn đoán giai đoạn bệnh.

* *Xử lý số liệu:* bằng phần mềm SPSS 16.0.

**KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ
BÀN LUẬN**

1. Đặc điểm bệnh nhân.

Nghiên cứu tiến hành trên 20 bệnh nhân (BN) (40 mắt), trong đó, 72,5% mắt ở giai đoạn V và 27,5% mắt ở giai đoạn IV. Độ tuổi trung bình $7,25 \pm 2,73$ tháng, trẻ nhỏ tuổi nhất 3 tháng và lớn nhất 12 tháng. Trẻ trai 25%; trẻ gái: 75%.

- Về lý do đưa trẻ đến khám: có tới 85% do gia đình tự phát hiện bất thường và chỉ có 15% BN đến khám theo hẹn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p \leq 0,05$). Điều này cho thấy, cần mở rộng khám sàng lọc cho trẻ đẻ non và khuyến cáo gia đình khám định kỳ cho trẻ đẻ non hoặc cân nặng thấp, kể cả khám sàng lọc cho trẻ đẻ bình thường. Trong nghiên cứu, 5 trẻ (25%) đã điều trị avastin, nhưng bệnh vẫn tiến triển sang giai đoạn IV, V. Do vậy, mặc dù đã điều trị, bệnh VM trẻ đẻ non, nhưng vẫn phải tiếp tục theo dõi định kỳ để có thể xử lý kịp thời khi bệnh diễn biến nặng lên.

Tuổi thai trung bình $30,85 \pm 2,23$ tuần, cân nặng khi sinh trung bình $1517,5 \pm 269,1$ g. Tuổi thai và cân nặng trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu về

kết quả điều trị laser của Nguyễn Xuân Tịnh (31,42 tuần và 1474,4 g) [3], Nguyễn Thị Hà (30,2 tuần và 1307,8 g) [1]. Trong nghiên cứu này, cả 5 mắt trước đó đều được tiêm avastin và theo dõi trung bình 17,4 tuần (8 - 40 tuần). Như vậy, vấn đề đặt ra là tại sao tỷ lệ thành công sau tiêm avastin được báo cáo là rất cao, tới 97,1% tại thời điểm tiêm lại có sự khác biệt lớn khi khám ở thời điểm nghiên cứu (7,25 tháng). Avastin liệu phát huy tác dụng bao lâu, 17 tuần theo dõi đã đủ chưa khi bệnh vẫn có thể đột ngột tiến triển nặng lên ở thời điểm sau 17 tuần?. Đây thực sự là vấn đề cần quan tâm, từ đó khuyến cáo qui trình theo dõi sau tiêm, tránh những hậu quả đáng tiếc xảy ra.

2. Triệu chứng lâm sàng tại mắt.

* *Triệu chứng dịch kính VM:*

100% trẻ trong nghiên cứu đều bị bệnh VM trẻ đẻ non giai đoạn IV, V; 2 mắt đều ở cùng giai đoạn bệnh với những triệu chứng dịch kính VM như sau:

Bảng 1:

TRIỆU CHỨNG		SỐ MẮT	%
Dịch kính		6	15
	Vẩn đục	14	35
	Đám tổ chức	17	42,5
	Không soi được	3	7,5
VM	Bong một phần	7	17,5
	Bong toàn bộ	22	55
	Không soi được	11	27,5

Tình trạng dịch kính VM có thể đánh giá bằng máy soi đáy mắt gián tiếp hoặc siêu âm. Các đề tài nghiên cứu kết quả điều trị laser đều sử dụng máy soi đáy mắt gián tiếp, phân tích tình trạng VM theo giai đoạn, vùng và phạm vi tổn thương, mà chưa đề cập đến tình trạng dịch kính. Trong nghiên cứu của chúng tôi, trẻ mắc bệnh VM trẻ đẻ non giai đoạn IV, V, 100% có bong VM, trong đó, 55% bong VM toàn bộ. Đinh Thị

Thanh khám ở thời điểm sau điều trị laser 5 năm: 37,9% dịch kính đục và 23,3% tổ chức hóa. Trong khi đó, tỷ lệ này của chúng tôi lần lượt là 35% và 42,5%, chưa kể 7,5% chưa soi được. Điều này cho thấy, tổn thương dịch kính là một trong những tổn thương cơ bản đặc trưng của bệnh VM trẻ đẻ non.

3. Các triệu chứng kèm theo tại mắt.

Bảng 2:

TRIỆU CHỨNG		SỐ MẮT	%
Giác mạc	Trong	37	92,5
	Đục	3	7,5
Tiền phòng	Tốt	29	72,5
	Nông	11	27,5
Mống mắt	Nâu xốp	38	95
	Thoái hóa	2	5
Đồng tử	Tròn, giãn tốt	34	85
	Dính, khó giãn	4	10
	Không giãn	2	5
Thể thủy tinh	Trong	29	72,5
	Đục	11	27,5

Theo Nguyễn Thị Hà [1], ở thời điểm điều trị laser khi trẻ mới 35,78 tuần, 5,77% mắt có tổn thương khác kèm theo, thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi (65%). Như vậy, bệnh VM trẻ đẻ non ở giai đoạn nặng thường kèm theo nhiều tổn thương khác tại mắt, thậm chí trên cùng một mắt có nhiều tổn thương phối hợp.

Bảng 3: So sánh tổn thương với các tác giả khác.

TỔN THƯƠNG \ TÁC GIẢ	ĐỤC GIÁC MẠC	TIỀN PHÒNG NÔNG	MỐNG MẮT THOÁI HÓA	ĐỒNG TỬ GIÃN KÉM	ĐỤC THỂ THỦY TINH
N. X. Tịnh (2007)				13,5	0
N. T. Hà (2010)	2,88			7,7	0
Đ. T. Thanh (2011)	23,3			24,3	23,3
Nghiên cứu này	7,5	27,5	5	15	27,5

Bất thường hay gặp nhất khi khám bán phần trước là đục thể thủy tinh (27,5%) của Đinh Thị Thanh khi trẻ 5 năm tuổi là 23,3%, chỉ gặp ở những BN teo nhãn cầu, không gặp ở mắt không teo nhãn cầu, mặc dù có tổn thương khá nặng của VM [2]. Vì vậy, khi trẻ đẻ non, đục thể thủy tinh là dấu hiệu cho thấy bệnh đã ở giai đoạn nặng.

Tỷ lệ đục giác mạc trong nghiên cứu của chúng tôi (7,5%) thấp hơn so với Đinh Thị Thanh (23,3%). Tuy nhiên, mức độ đục giác mạc của Đinh Thị Thanh hầu như toàn bộ, ở những mắt teo nhãn cầu, còn của chúng tôi chỉ đục một phần, vẫn quan sát được đáy mắt. Tỷ lệ này của Nguyễn Thị Hà thấp (2,88%) và đục nhẹ vẫn có thể điều trị laser được. Tình trạng giác mạc tiến triển đồng thời cùng với mức độ nặng lên của bệnh và thời gian theo dõi lâu dài: 2,88% nhóm bệnh VM trẻ đẻ non khi điều trị laser; 7,5% nhóm bệnh VM trẻ đẻ non giai đoạn nặng và 23,3% sau 5 năm điều trị.

Trong nghiên cứu này, 16 mắt (40%) nhãn cầu nhỏ (siêu âm trục nhãn cầu < 16 mm). 10% trẻ có rung giật nhãn cầu, tỷ lệ này tương đương Đinh Thị Thanh (8,7%).

Tỷ lệ lác trong nghiên cứu chiếm 2,5%, thấp hơn so với Đinh Thị Thanh (24,6%) và Yang (30%) [6]. Sự khác biệt này do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi nhỏ tuổi

hơn so với hai tác giả trên, 100% BN bị bệnh ở cả 2 mắt.

4. Triệu chứng toàn thân phối hợp.

Trong nghiên cứu chỉ có 2 trẻ có bệnh toàn thân phối hợp, 1 trẻ thoát vị bẹn và 1 trẻ có tứ chứng Fallot đều được điều trị ổn định. Đây cũng là lý do trẻ được đưa đến khám muộn, do gia đình điều trị toàn thân mà bỏ qua việc khám mắt định kỳ.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 20 trẻ bị bệnh VM trẻ đẻ non giai đoạn IV, V đến khám tại Bệnh viện Mắt TW tháng 3 - 2011 đến 10 - 2012, chúng tôi nhận thấy:

- 85% lý do đến khám là do gia đình phát hiện có bất thường ở mắt, chỉ có 15% theo hẹn.
- 25% trẻ đã điều trị avastin
- 100% trẻ nhóm nghiên cứu đều bị ở 2 mắt, trong đó, 27,5% mắt giai đoạn IVb và 72,5% giai đoạn V. 35% dịch kính đục và 42,5% tổ chức hóa dịch kính.
- 55% mắt có kèm theo các tổn thương khác, hay gặp nhất là đục T3 và tiền phòng nông (27,5%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Hà. Đánh giá kết quả điều trị bệnh VM trẻ đẻ non bằng laser dưới tác dụng của an thần gây ngủ. Luận văn Tốt nghiệp Bác sỹ CKII. Đại học Y Hà Nội. 2010.
2. Đinh Thị Thanh. Đánh giá kết quả điều trị bệnh VM trẻ đẻ non bằng laser sau 5 năm. Luận văn Thạc sỹ Y học. Đại học Y Hà Nội. 2011.
3. Nguyễn Xuân Tịnh. Nghiên cứu đặc điểm tổn thương bệnh VM trẻ đẻ non và bước đầu ứng dụng laser trong điều trị. Luận án Tiến sỹ Y học. Đại học Y Hà Nội. 2007.
4. Nguyễn Xuân Tịnh và CS. Kết quả bước đầu điều trị bệnh VM trẻ đẻ non hình thái nặng bằng tiêm avastin nội nhãn. Kỷ yếu Hội nghị Nhân khoa toàn quốc năm 2011. 2011, tr.79-80.
5. Tsitisis T. Diode laser photocoagulation for retinopathy. Trans Am Ophthalmol Soc. 1997, 95, pp.231-236.
6. Yang C.S. Long-term visual outcomes of laser-treated threshold retinopathy of prematurity: a study of refractive status at 7 years. 2010, 24, pp.14-20.

Ngày nhận bài: 30/10/2012

Ngày giao phản biện: 15/11/2012

Ngày giao bản thảo in: 6/12/2012

